CONSIDERACIONES

SOBRE ALGUNOS CASOS DE

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Y SUS CONSECUENCIAS

Durante el tiempo que estuve de interno en el Hospital de Santa Ana, he tenido la feliz oportunidad de observar algunos casos de embarazo extrauterino, los cuales, por su importancia, me parecen dignos de servir de tema al presente trabajo, con el fin de obtener el grado de Doctor en esta facultad que, con suma benevolencia, quiso honrarme confiriéndome la Contenta para optarlo. Séame lícito manifestar desde luego el profundo agradecimiento á que me obliga un premio tan alto; y la expresión de mi gratitud, deseo que constituya el preámbulo de esta Memoria.

En el desarrollo de este tema expondré primero los casos tales como los he observado y estudiado, é insistiré después sobre los hechos que han llamado con preferencia mi atención.

PARTE I.

Observación I.—J. G., de veinticinco años de edad, india, ingresó en el Hospital el dia 6 de mayo de 1895, y ocupó la cama N.° 12 de la sala de San Antonio. La enferma, multípara, de profesión cocinera y de constitución robusta, no tenía en sus antecedentes ninguna enfermedad diatésica ni constitucional. Su última gestación fué llevada á feliz término cinco años há. Después de ese parto le quedó una fluxión catarral en los órganos genitales, la cual había continuado con intermitencias de reagravación y alivio periódicos, hasta las últimas épocas de su vida. Sus periodos menstruales se realizaban con regularidad, si bien había á veces aumento ó disminución notable en la cantidad del flujo catamenial. Manifestó la paciente que no hacía más que dos meses que le faltaban las reglas, y que en las últimas semanas, tenía náuseas y vómitos por las mañanas acompañados de abundante salivación. Dijo que había solicitado ingresar en el Hospital, porque sentía violentos dolores en el bajo vientre, los que habían sobrevenido desde el día anterior á consecuencia de contusiones y maltratos inferidos por su consorte. El examen de ella me manifestó lo siguiente: vientre un poco abultado, con veteado blanco revelador de los embarazos anteriores; la palpación no permitía sentir tumor alguno en el hipogastrio, el tacto y la palpación combinados me hicieron apreciar el tamaño del útero que era mayor de lo normal; nada de extraordinario manifestó el examen de los demás órganos. En vista de estos datos, mi diagnóstico fué el de embarazo probable, atribuyendo los dolores á las contusiones recibidas, y me limité á hacer algunas aplicaciones tópicas en el sitio de su manifestación. Al día siguiente observé que el estado de angustia en que se encontraba la enferma era considerable, y como ella insistiera en atribuir su malestar á una constipación intestinal, pues no se le había movido el vientre desde cuatro días há, se le administró un laxante, el cual, si bien fué

seguido de algunas deposiciones alvinas, no por eso dejó á la enferma en mejor estado; por el contrario, en la tarde se encontraba con más inquietud y desasosiego que el día anterior. Al acercarse la noche se agravó su malestar, quedando sumergida en un estado de calapso, con pulso filiforme, enfriamiento de las extremidades, anemia profunda y musitación. En tal estado se le hicieron algunas inyecciones excitantes; pero á pesar de todo, dejó de existir esa misma noche, al segundo día de haber entrado en el Hospital. Desde el momento de su ingreso se había notado en ella, profunda anemia, que se fué acentuando más y más al día siguiente, manifestándose por la decoloración casi completa de las diferentes mucosas. La temperatura axilar era de 36,8, el día de su entrada, y de 36 en la tarde del siguiente.

El examen necroscópico reveló lo que sigue: En la cavidad peritoneal, un gran extravasamiento sanguíneo, que llenaba toda la cavidad de Douglas, invadía los dos flancos derecho é izquierdo rechazando hacia adelante los intestinos. La sangre era fluída en su mayor parte, existiendo unos cuantos coágulos á la izquierda de la cavidad pelviana; allí, en medio de un magma formado por las paredes de la trompa izquierda desgarrada, y por coágulos sanguíneos, se encontraba un embrión de tres gramos de peso y tres centímetros de longitud (véase las Láms. I y II), mensuraciones que corresponden aproximadamente á dos meses de gestación. Las membranas ovulares estaban desgarradas y presentaban bastante aparentes las vellosidades coriales. La desgarradura de la trompa se encontarba á 1 y 1[2 centímetros de la pared uterina. El polo interno del saco tubar que contenía al huevo, distaba casi un centímetro de la pared externa del útero, y al nivel de ese polo el canal tubario estaba interceptado. La trompa del lado opuesto estaba tapizada por una mucosa tan espesa que obstruía casi por completo el canal y lo hacía muy difícilmente permeable. El útero, era mucho más voluminoso de lo normal, medía 12 centímetros de longitud y la altura de su cavidad era de 9 1[2 centímetros. Después de abierto, se observó que estaba completamente vacío y sin ningún coágulo, conteniendo una caduca muy rugosa de 1[2 cen-

tímetro de espesor, y un tapón mucoso en la región cervical. Los otros órganos abdominales y torácicos estaban intactos, no percibiéndose en ellos sino la decoloración característica de la anemia aguda á la que había sucumbido la paciente.

Observación II.— J. G., india, de treinta años de edad y de constitución robusta, fué admitida en el Hospital el dia 10 de febrero de 1895, donde ocupó la cama N.° 2 de la sala de San Pedro. La enferma era multípara; desde la época de su último parto habían transcurrido cuatro años; después de esa gestación sus menstruaciones fueron regulares y sólo se interrumpieron en los dos meses que precedieron á su entrada en el Hospital, la que se verificó por haberse manifestado en ella hemorragias genitales abundantes acompañadas de coágulos sanguíneos. El examen del aparato genital manifestó que el cuello uterino estaba reblandecido y ocupado por coágulos; que el fondo de saco posterior de la vagina había desaparecido, que el útero estaba aumentado de volumen y que sentía gran dolor al palpar el hipogastrio. En los primeros días tuvo un descenso sanguíneo y en los siguientes una fluxión purulenta. La temperatura se hizo muy en breve febril y se mantuvo cerca de los 39° en los dias quinto, sexto, séptimo y octavo de su permanencia en el Hospital. En los dias noveno, décimo y undécimo la temperatura fué aumentando aun más, hasta alcanzar el grado 41, y el duodécimo día sucumbió la enferma víctima de septicemia.

La autopsia demostró la existencia de una pelviperitonitis, con producción de una gran cantidad de exsudados purulentos y formación de pseudo-membranas. Hacia el lado izquierdo y en medio de formaciones purulentas se encontraba un feto de 60 gramos de peso y 9 centímetros de longitud. Este flotaba en la cavidad peritoneal suspendido por un cordón adherido á la cara peritoneal izquierda del útero, junto con los restos de las membranas ovulares. La trompa izquierda estaba rota al nivel de su inserción en el útero. El cuerno uterino de ese lado era mucho más abultado que el derecho; á ese nivel existía una comunicación de un centímetro entre las dos cavidades uterina y peritoneal. Los restos de las membranas existentes en ese punto daban á conocer que la inserción del huevo habia sido

tubo-intersticial. Los ovarios hallábanse intactos, el cuerpo amarillo de la fecundación se encontraba en el ovario izquierdo, la trompa derecha y los ligamentos anchos de ese lado no presentaban alteración de importancia. Las paredes uterinas eran muy gruesas, la cavidad del útero bastante espaciosa, contenía una cierta cantidad de materia puriforme, que provenía de la cavidad peritoneal, en virtud de la comunicación á que había dado lugar la ruptura de la porción intersticial de la trompa; la cara interna del útero estaba tapizada por una caduca espesa de apariencia pútrida. El examen de los otros órganos manifestaba las lesiones que se observan en todos los casos de septicemia aguda: así había una gran congestión renal, la zona cortical del riñón tenía un espesor más considerable de lo normal; el hígado estaba degenerado y friable; el miocardio era muy flácido y presentaba el color amarillento especial de la las degeneraciones por infección aguda.

Observación III.— M. C., de cuarenta y cinco años de edad, de raza blanca, de constitución débil, fué recibida en el Hospital el 31 de enero de 1895, y ocupó la cama N.° 13 de la sala de San Pedro; era de profesión lavandera, multípara. Desde su última gestación llevada á término habían transcurrido diez años. En casi todo ese tiempo padeció de dismenorreas. El tacto vaginal manifestaba la presencia de un tumor duro en el fondo de saco de Douglas; el útero estaba rechazado hacia adelante y el cuello en inmediato contacto con el pubis. La enferma presentaba además en la cara interna del pié izquierdo una placa gangrenosa, pequeña al principio, pero que fué aumentando considerablemente después, acompañada de edema de la pierna y del muslo izquierdos, sin antecedente traumático alguno y sin alteración especial de la orina. La paciente estaba además atacada de tuberculosis pulmonar, bajo cuya influencia dejó de existir el 9 de abril del mismo año.

La necropsia, además de las lesiones propias de la tubererculosis pulmonar, demostró en el fondo de saco recto-uterino la existencia de un litopedio, que avanzaba más hacia la izquierda que hacia la derecha de dicho fondo de saco. El ovario del lado izquierdo estaba algo alterado, pero se dejaba recono-

cer fácilmente; el derecho estaba intacto; la trompa derecha era permeable, pero no pudimos demostrar la permeabilidad de la izquierda, la cual, si bien conservaba su forma anatómica, adhería á la cápsula litopédica. Esta última, mediante una serie de estratos concéntricos constituídos por tejido fibroso hallábase adherente al recto, á la cara posterior del útero, al epiploon y al mesenterio. El tumor desprovisto de la cápsula tenía el volumen de una naranja (Lámina III, Fig. 1 y 2); su circunferencia mayor era de 19 centímetros y la menor de 15 1|2; su peso era de 105 gramos; la cabeza no está bien manifiesta, pero los miembros superiores é inferiores se destacan perfectamente y se hallan flexionados sobre el tronco, que está formado por una substancia de aspecto cartilaginoso infiltrada de sales calcáreas. El útero era de dimensiones normales y estaba completamente vacío. En la vena iliaca y femoral izquierda se encontraba un trombus, que avanzaba muy hacia abajo en las venas del miembro inferior, sin que fuera posible precisar sus límites últimos. En el corazón no había ninguna alteración valvular.

Observación IV. — J. M., de veintitres años de edad, negra, fué admitida en el Hospital el dia 6 de febrero de 1895 y se le asignó la cama N.° 24 de la sala de San Antonio. A la edad de diez y ocho años tuvo un hijo y después sus menstruaciones fueron regulares hasta tres meses antes de ingresar en el Hospital. En esos tres meses se le suprimieron las reglas y manifestáronse náuseas, vómitos, modificaciones en el apetito y salivación. Dijo además que ocho días antes de su ingreso, experimentó de súbito, un dolor agudo en el bajo vientre sin que hubiera intervenido causa traumática capaz de explicarlo, que ese dolor persistía algo amenguado hasta el instante en que se le examinaba, y que después de esto apareció un descenso sanguinolento que persistía aún. Examinada observé lo siguiente: un poco de aumento de volumen del vientre, acentuación de la línea obscura, hipertrofia de los tubérculos de Montgomery, aureola secundaria en las mamas, existencia de un tumor sin límites definidos en el hipogastrio. El tacto vaginal demostró que el útero estaba aumentado de volumen, que el fondo de

saco posterior de la vagina estaba borrado, que el cuello uterino estaba proyectado adelante y detrás del pubis, y que existía fluctuación manifiesta al comunicar al tumor movimientos alternativos con el dedo explorador y con la mano aplicada sobre el hipogastrio. La exploración prolija de los aparatos respitorio, circulatorio y nervioso no dejó percibir nada anormal. La orina no tenía albúmina ni glucosa, el bazo no estaba aumentado de volumen. La temperatura en los días sucesivos ofrecía oscilaciones muy marcadas acompañadas de escalofríos á veces muy violentos. En vista de esta circunstancia y de la fluctuación que existía tras del útero, nos decidimos á hacer una punción en el fondo de saco posterior de la vagina, con el trócar grueso de Chassaignac, obteniendo así que saliera una gran cantidad de líquido muy sanguinolento; quedó entonces afianzado el diagnóstico de hematocele retro-uterino. La extracción del líquido fué seguida de una inyección de bicloruro de mercurio al 1 por 5,000, observándose después de esto una apirexia de cuatro días, al cabo de los cuales reapareció la fiebre, manifestándose nuevamente oscilaciones grandes en el decurso de la temperatura. Esto nos decidió á intervenir otra vez como antes y obtuvimos la salida de un líquido menos sanguinolento y con mayores apariencias de purulencia. La extracción del líquido fué lo más completa posible, y seguida de una inyección de bicloruro al 1 por 5,000; la apirexia fué esta vez permanente. La primera extracción de líquido se verificó á los diez días después de haber ingresado la enferma en el Hospital y la segunda al cabo de doce. El 25 de marzo, es decir, al mes y veinte días de permanencia en el Hospital salió la enferma completamente curada; el tacto vaginal no manifestaba entonces sino una ligera induración en el lado izquierdo del fondo de saco posterior de la vagina, habiendo el útero recobrado casi del todo su situación normal. Cuatro meses después nos manifestó la enferma que le había reaparecido el flujo menstrual con la regularidad de antes. Por todas estas circunstancias no hemos vacilado en juzgar este caso semejante á los anteriores y considerar el hematocele como consecuencia de la ruptura de la trompa causada por el creciente desarrollo del huevo fetal en ese órgano, y, felizmente, no seguida en este

caso de una hemorragia capaz por su abundancia de producir la muerte.

PARTE II.

Concluída la exposición de los cuatro casos que constituyen la materia de este estudio, mencionaré ahora los principales hechos dignos de ser tenidos en consideración.

En primer lugar haré notar, que si nos atenemos á las estadísticas, los casos de embarazo extra-uterino deben ser mucho más frecuentes aquí que en otros países, pues, de 764 gestantes examinadas durante los nueve meses que estuve desempeñando el honroso cargo de interno en las salas obstétricas del citado Hospital, hubo ectopia en 2, lo que hace más de 2 por 1,000. — Es de notarse, que todas las defunciones que tuvieron lugar en las dos salas á que me refiero (Sta. Rosa y San Antonio), fueron seguidas de autopsia y examinados prolijamente los órganos genitales.— La cifra anotada es evidentemente superior á las estadísticas que nos vienen de otras partes, las cuales por término medio señalan 1 por 10,000. Y si consideramos los casos de ectopia observados durante ese tiempo, no sólo en relación con las preñeces comunes, sino con el número total de los preñeces y casos ginecológicos, tenemos que por 1,270 enfermas, que pertenecen á esa serie, hubo por lo menos 4 de gestación extra uterina, y esto no contando los casos que han podido pasar desapercibidos, pues no me ha sido posible examinar prolijamente todos ellos. Si además consideramos la relación de esos embarazos anormales con el número total de enfermas que han entrado en el Hospital durante ese tiempo, resulta, por lo menos 4 por 5,000, cifra también muy superior á la notada por Carl Braun y Speath, en Viena, quienes en 60,000 enfermas que indistintamente y durante siete años examinaron en sus clínicas, sólo contaron 5 casos.

Fijándonos ahora en la inserción ovular, tenemos que en el primer caso, se verificó en el tercio interno del trayecto tubar, (véase láminas I y II); en el segundo se realizó aquella en el trayecto uterino de la trompa; en el tercero fué imposible saber si esa inserción ha sido al principio tubaria y si después se hizo abdominal por ruptura, ó si fué peritoneal desde los comien-

zos del desarrollo. En el cuarto, es sumamente probable que el embarazo haya sido tubario y muy cerca del útero, y, que el violento desgarro de la trompa haya causado el derrame sanguíneo. Como se vé, por lo menos en dos de estas observaciones, el embarazo tuvo lugar en la parte de la trompa cercana del útero, lo que haría suponer ser ese el lugar de preferencia; sin embargo, en la estadística de Henning que abraza 122 casos, este autor señala 94 veces el huevo implantado en la parte media de la trompa, y sólo 10 veces en las inmediaciones del útero. El mismo Henning ha observado, que en esos embarazos la túnica muscular de la trompa se hipertrofia hasta el final del segundo mes, y que más adelante se adelgaza y se hiende; por eso, la terminación más corriente de ellos es la ruptura precoz. De 45 casos observados por Hecker, esta ocurrió 26 veces durante los dos primeros meses, 11 veces en el tercer mes, 7 en el cuarto y 1 en el quinto; y de los 8 casos examinados por Hoffmann la ruptura se produjo 7 veces en el segundo mes y 1 en el tercero. Los casos observados por mí, estan en armonía con estas estadísticas, pues 2 de ellos corresponden al segundo mes y 1 al tercero.

Dada la tendencia natural del óvulo fecundado á implantarse en la mucosa uterina, los raros casos de embarazo ectópico reconocen casi siempre por causa un impedimento mecánico á la progresión tubar del óvulo, ya sea que este impedimento dependa de estrechez por hiperplasia de la mucosa, ó de alguna brida cicatricial que disminuya el calibre de la trompa. Sin embargo, no siempre es fácil determinar la razón etiológica de esa ectopia; y por esto es que á pesar de las investigaciones que hice, no pude encontrar esa razón causal en los tres últimos casos. En el primero me pareció hallarla en la disminución de calibre de la trompa, por espesamiento hiperplásico anormalmente crecido de la mucosa, no sólo en el lado izquierdo, que fué donde se fijó el huevo, sino también, muy crecido, en la del lado derecho. Tal circunstancia indica, que condiciones ajenas á la presencia del huevo determinaron ese aumento de espesor, estando esto en plena concordancia con la fluxión catarral que padecía la enferma desde mucho tiempo. Es en efecto sabido, que las afecciones catarrales aumentan casi siem-

pie el espesor de las mucosas. No sería por lo demás extraño, que causas idénticas de atresia tubar hayan intervenido en los otros casos; y esto con tanta mayor razón, cuanto que en todos ellos el embarazo extra-uterino ha sido precedido por un período relativamente largo de esterilidad, una de cuyas causas, por fortuna no siempre eficaz, reside precisamente en las afecciones inflamatorias de las mucosas de los órganos genitales.

Además, en las tres observaciones seguidas de autopsia, es sumamente notable la coincidencia de haberse encontrado el tumor fetal localizado hacia la izquierda. No encuentro de ello razón suficiente, ni sé que se haya dado; pero ese hecho me hace suponer que debe ser mucho mas frecuente dicha ectopia hacia la izquierda que hacia la derecha, lo cual, tiene importancia bajo el punto de vista del diagnóstico.

Es también de notarse, que cuando el feto se forma fuera del útero, llega muy rara vez al término de su desarrollo; lo más de las veces muere, como ha sucedido en los casos mencionados. Puede entonces verificarse la disolución del mismo en el líquido amniótico, dando lugar á un hemato-salpinx, ó á la momificación, en virtud de la cual se seca, á pesar de encontrarse en ese líquido, ó á la litopedificación (caso III, lám. III, fig. 1 y 2). En esta los tejidos fetales sufren una degeneración sucesiva, que tiene por término la infiltración de sales terrosas, el líquido amniótico se reabsorbe y el feto petrificado se recubre de varios estratos membranosos. En la misma observación es importante notar la coincidencia de la metamórfosis calcárea del feto, constituída en su mayor parte por fosfato cálcico, y de la tuberculosis pulmonar avanzada existente en la misma enferma; pues se sabe que en los estados tuberculosos, una gran cantidad de fosfatos es acarreada fuera de su natural asiento, para ser eliminada ó empleada en formaciones degenerativas. Sucede también á veces que el feto entra en putrefacción, lo que debe realizarse con suma frecuencia cuando la fijación del huevo se ha verificado en el trayecto uterino de la trompa (caso II). En esas circunstancias la ruptura produce casi siempre una comunicación amplia entre la cavidad uterina y el peritoneo, lo que asegura la penetración de elementos infecciosos en esa serosa. La enferma de la histo-

ria II sucumbió víctima de una peritonitis septicémica, por esa causa. En el caso de la historia I el desgarramiento del huevo, fué seguido de una gran hemorragia; el feto no experimentó modificación alguna, porque murió la gestante antes del tiempo indispensable para que aquella tuviera lugar. En la observación III la gestación ectópica casi no provocó ningún accidente, pues llegada á un cierto desarrollo—cuatro meses aproximadamente—cesó la vida del feto y fué retenido el tiempo necesario para que se verificara la mineralización del mismo; y lo habría sido aun más, sin inconveniente para la madre, si los progresos de la tuberculosis no le hubieran acortado la existencia. Ese modo de evolucionar, sin embargo, no siempre se observa, pues en el mayor número de casos, I, II y IV, se verifica la ruptura del quiste fetal; dando por resultado el hematocele retro-uterino, y despertando á veces como consecuencia la flogosis peritoneal.

Casi todos los casos de hematocele periuterino reconocen este origen, es decir, el embarazo tubario; y la opinión de Lawson Tait, que al principio parecía muy exclusiva y demasiado unilateral, recibe cada día de la observación imparcial tributos más y más justificados. Antes que esta causa etiológica, evidente en los casos I y IV, hubiera sido puesta de manifiesto, hipótesis muy variadas tenían aceptación en la ciencia. Nelaton creyó encontrar esta causa en una hemorragia del ovario verificada en la época catamenial; la sangre derramada en exceso se acumularía en el fondo de saco retro-uterino y produciría el hematocele. Trousseau la atribuía á una exsudación sanguínea anormalmente crecida de la trompa. Otros pensaron que la contracción refleja del cuello tubario podía hacer retroceder la sangre y vacearse por el pabellón. Richet sostuvo que la ruptura de una de las venas del plexo venoso utero-sacro daba por resultado el derrame sanguíneo, sobre todo cuando esas venas eran varicosas. Virchow atribuía al hematocele peri-uterino el mismo origen que al hematocele testicular y al de la dura madre, sosteniendo que la ruptura de algunos vasos propios de las pseudomembranas que se forman en la peritonitis crónica, ocasiona el derrame y la acumulación sanguínea. Pero el hecho de presentarse el hema-

tocele en el período de la vida de mayor actividad genital; las revelaciones que han suministrado las laparotomías practicadas con diversos fines, en muchas de las que se ha evidenciado el embarazo extra-uterino y el hematocele consecutivo, y los resultados de las autopsias que, como en el caso I, han hecho ver el feto nadando en la sangre, todo esto pone perfectamente de manifiesto, que el embarazo extra-uterino debe considerarse como el elemento etiológico de más importancia, en la producción de los derrames sanguíneos peri-uterinos. La sangre así extravasada es susceptible de reabsorberse, y esto acontece con relativa facilidad cuando el peritoneo es intacto; pero si existe un cierto grado de inflamación anterior, como es natural que suceda en el embarazo ectópico, entonces la sangre se enquista, siendo ya la reabsorción mucho más lenta. Es en estas circunstancias, que el quiste hemático tiene tendencias á supurar, como en el caso IV, en el que se anunció esta complicación por escalofríos repetidos, seguidos de fiebre, y en el que se obtuvo una terminación feliz merced á dos punciones que dieron fácil salida al líquido. En el caso I, no era posible pensar ni en una reabsorción rápida de la sangre, á pesar de encontrarse intacto el peritoneo, ni en el enquistamiento, porque el derrame era tal que llenaba todo el bajo vientre, sucumbiendo la enferma antes que pudiera producirse reacción alguna. Es precisamente por esta rapidez de evolución que Barnes dió á esta clase de derrames el nombres de hemorragia cataclísmica.

Considerando ahora los tres casos de embarazo tubario que hemos descrito, vemos que en ninguno de ellos la gestación evolucionó hasta el término, y se detuvo en los primeros meses, no permitiendo la extructura de la trompa una distensión ulterior. Son casos excesivamente raros aquellos en que el embarazo va hasta el completo desarrollo del feto, pues para eso es necesario un espesamiento extremado de las paredes de ese órgano, y hay en la ciencia muy pocas observaciones auténticas de que esto se haya realizado. En los dos primeros casos, la rotura de la trompa se produjo en la cavidad peritoneal, pero se han observado ejemplos de desarrollo al nivel de la porción que no está tapizada por el peritoneo; la san-

gre se acumula entonces entre las dos hojas del ligamento ancho, dando lugar á un verdadero hematoma extra-peritoneal; y á veces, cuando el huevo sigue viviendo, se produce un embarazo extra-peritoneal, ó subperitoneo-pelviano, como lo han llamado algunos. En los casos citados es importante notar la situación del ligamento redondo, el cual estaba colocado entre el útero y el quiste fetal; circunstancia que permite afirmar que esos embarazos eran realmente tubarios y no realizados en la porción rudimentaria de un útero bicorneo, como acontece á veces; pues entonces sucede que la inserción del ligamento redondo se verifica hacia afuera del quiste, lo que no se ha realizado en los ejemplos descritos. Además en ellos, la desgarradura del tumor fetal tuvo lugar en época relativamente prematura, no pasando lo mismo con el embarazo en la porción rudimentaria de un útero bicorneo, en la cual el rompimiento del tumor suele verificarse en época más tardía, y no es muy raro el que se consiga la evolución hasta el término normal del embarazo.

Hay más, en los casos á que he hecho referencia, el período catamenial quedó suprimido durante el embarazo, y cuando se manifestaron hemorragias, estas no sobrevinieron sino al último. Dichas hemorragias fueron muy manifiestas en los casos II y IV, pero no se presentaron absolutamente en el I; y la razón de esta circunstancia, era indudablemente, la obliteración de la parte interna del trayecto tubario por el polo interno del tumor fetal, obliteración que no había sido destruída por el rompimiento del huevo; por ese motivo, la sangre se vertió exclusivamente en la cavidad peritoneal. Fué muy diferente lo que aconteció en el II caso, en el cual la ruptura del quiste abrió una ancha comunicación entre las dos cavidades peritoneal y uterina, dando lugar á que la sangre fluyera á la vez en el peritoneo y en la cavidad uterina, y de allí la gran hemorragia externa. En el caso IV, que fué seguido de curación completa y en el cual hubo también pequeñas hemorragias uterinas, el rompimiento debe haber abierto alguna comunicación entre el quiste y el útero, permitiendo así la salida de pequeña cantidad de sangre.

Por lo que hace al útero, en los ejemplos I y II, en los cua-

les se practicó la autopsia poco tiempo después de la ruptura, se observó un aumento muy notable de ese órgano, tanto en su cavidad como en el espesor de sus paredes; y esto á pesar de hallarse completamente vacío, siendo el aumento manifiesto, no sólo sobre la mesa del anfiteatro, sino también durante la vida, pues la exploración bimanual permitía sentir perfectamente ese órgano y comprobar sus crecidas dimensiones.

En cuanto al diagnóstico, era muy difícil en el primer caso, pues aparecieron de súbito síntomas de una hemorragia aguda á consecuencia de contusions recibidas. Sino hubiera habido causa traumática, me parece que no se habría presentado dificultad alguna, para diagnosticar una hemorragia por desgarro de tumor fetal; y en general, creo que cuando en una mujer que ha presentado síntomas racionales de embarazo, se acusan signos de anemia fulminante, sin que haya habido traumatismo, y sin que existan lesiones del aparato circulatorio, se puede casi de plano afirmar la producción de una hemorragia aguda por ruptura de quiste fetal. Ese accidente suele presentarse en plena salud ó á poco rato de haber comido, y por eso no es extraño, como dice Pozzi, que se haya confundido con una intoxicación é interpretado como tal. El segundo caso creo que era imposible, durante la vida, diferenciarlo de un aborto: se inició el cuadro sintomático con hemorragias genitales, al poco tiempo se presentó una fiebre de carácter septicémico y algunos síntomas peritonneales; todo esto en una mujer que había tenido antes síntomas de embarazo, la idea que se presenta naturalmente al espíritu es la de un aborto, y como tal fué interpretado. En el tercer caso el diagnóstico de litopedio pudo hacerse con algunas probabilidades, al palpar por la vagina un tumor muy duro hacia la izquierda de la cavidad pélvica, que rechazaba el útero hacia la derecha, conservando este sus dimensiones normales; sin embargo, siempre habría cabido la posibilidad de confundirlo con un tumor fibroso. Es, pues, tal como se presentan los casos en la práctica casi siempre muy difícil, y á veces imposible, establecer un diagnóstico seguro.

Respecto al tratamiento, pudo haberse intervenido en el

primer caso: en vista de la anemia aguda y súbita y de los antecedentes de preñez, era por lo menos probable la existencia de una hemorragia interna por ruptura del quiste fetal. La lapaortomía habría podido cohibir la hemorragia y salvar la vida á esa mujer; y con grandes probabilidades de éxito, pues transcurrieron dos días antes que la cantidad de sangre que se extravasaba continuamente ó con intermitencias hubiera podido hacerla sucumbir. La laparotomìa debe ser de regla en casos semejantes, pues los peligros á que ella expone son infinitamente inferiores á la expectación, siempre fecunda, en estos casos, en resultados desastrosos. En el II y III casos, tales como se presentaron al examen, habría sido infructuoso cualquier acto operatorio. En el IV caso, la pérdida interna de sangre fué pequeña, y por eso no sobrevinieron accidentes de anemia aguda; así es que, la intervención inmediata no era indicada; pero más tarde, la punción vaginal del hematocele se hizo necesaria á causa de haberse despertado un proceso supurativo, y esa punción, repetida dos veces y seguida de inyección antiseptizante, curó á la enferma.

Réstame hacer hincapié sobre un hecho muy importante, cual es el (caso IV) de la presencia del tumor litopédico localizado hacia la izquierda de la cavidad pélvica, coincidiendo con la gangrena en el pié izquierdo. A primera vista, parece fácil explicar este hecho por la compresión que ha podido verificarse en la vena iliaca izquierda, compresión debida á la presencia del tumor; pero ese tumor existía indudablemente desde mucho tiempo há, mientras que la gangrena era de reciente aparición. Es, pues, menester invocar el concurso de otra causa, que haya influído en la producción de la gangrena. A mi juicio, creo que puede encontrarse ese motivo concomitante en la aparición y progresos de la tuberculosis, la cual tiene por resultado el debilitar el organismo en general, debilitamiento que resuena también sobre las paredes vasculares, de modo que, en el caso especial que nos ocupa, si la vena iliaca fué antes suficiente para dar paso á la sangre venida de la extremidad inferior izquierda, más tarde, por el debilitamiento de sus túnicas, ha podído volverse insuficiente, y esto está plenamente de acuerdo con la manifestación de un trombus en el

mismo vaso, trombus que, evidentemente, hubo de ser producido por simple éstasis, desde que en las paredes vasculares no había ninguna señal que hiciera pensar en un proceso flogístico de ellas.

He concluído las breves reflexiones que me han sugerido los casos que he descrito. Si es escaso el interés que ellas despiertan, es, sin embargo, muy grande la importancia de los hechos narrados, y por esto los he considerado objeto de esta Memoria.

Lima, 28 de abril de 1896.

Estéban Campodónico.

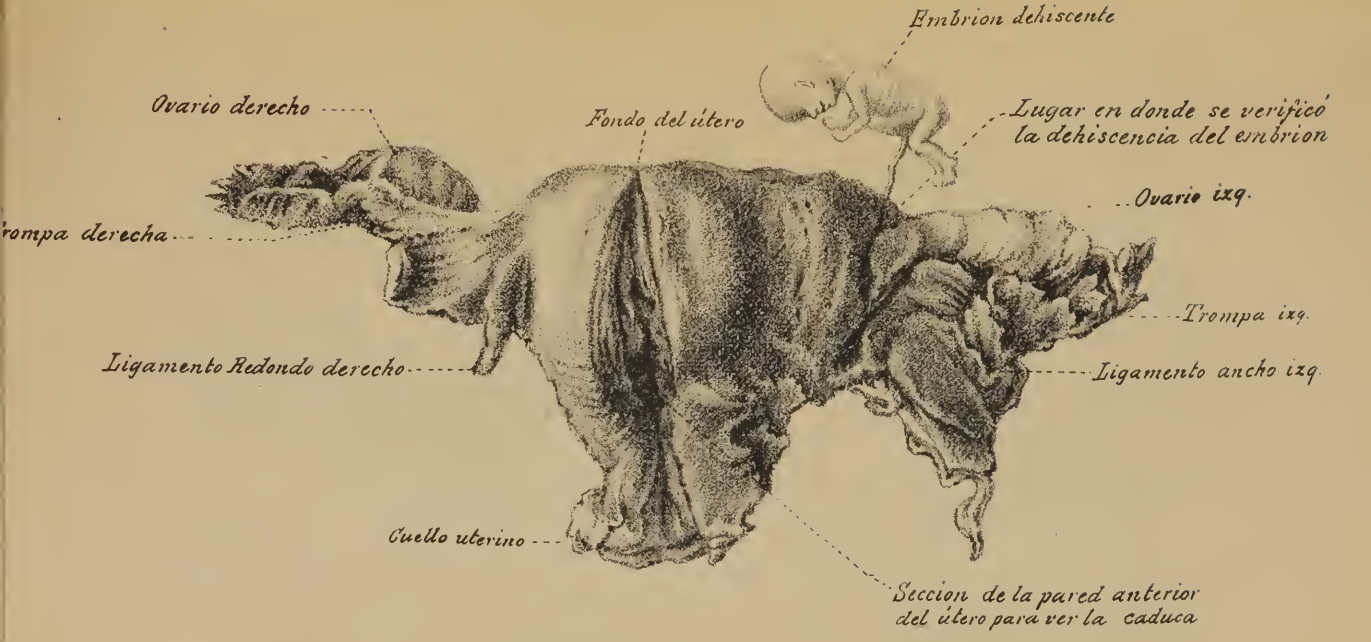
V.º B.º

Vélez.



Embrion que ha hecho dehiscencia
Lugar donde se verificó
la ruptura del quiste fetal
Trompa izq.
Fondo del útero
Trompa derecha
Ovario izq.
Ovario derecho
Ligamento ancho izq.
Cuello del útero

Cara posterior del útero (Caso I) 1/2



Cara anterior del útero (Caso I) 1/2

N.1

Tibia y Peroné izq.

Omóplato derecho

Cúbito y Radio derechos

Polo cefálico

Tibia y Peroné derecho

Polo caudal

Femur derecho

Huesos costales

Hueso iliaco derecho

Litopedio, cara lateral derecha $\frac{2}{3}$

Polo cefálico

N.2.

Omóplato izq.

Raquis

Femur derecho

Hueso iliaco izq.

Hueso iliaco derecho

inacion del Raquis

Polo caudal

Litopedio, cara postero-inferior $\frac{2}{3}$

CUESTIONARIO

PARA EL

GRADO DE DOCTOR DEL MEDICO Y CIRUJANO

D. ESTEVAN CAMPODÓNICO

Anatomía Descriptiva.—Circunvoluciones cerebrales.

Física Médica é Higiene.—Influencia higiénica del calor sobre el hombre.

Química Médica.—Determinación de la albúmina en la orina: procedimientos más precisos.

Historia Natural Médica.—Parásitos epizoarios.

Anatomía General y Patológica.—Tejido epitelial-Epitelioma.

Fisiología.—Localizaciones cerebrales.

Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.—Región perineal.—Sinfisiotomia.

Farmacia.—Ergotina y ergotinina en Obstetricia.—Ensayo de su pureza.

Patología General.—Valor semeilógico de la albuminuria.

Bactereología.—Diagnóstico bacteriológico del bacilo de Eberth—Gaffki.

Terapéutica y Materia Médica.—Ergotina.

Nosografía Quirúrgica.—Diagnóstico de los accidentes consecutivos á los traumatismos cerebrales.

Nosografía Médica.—Fiebre amarilla.

Oflalmología.—Oftalmía purulenta.

Medicina Legal y Toxicología —Superfetación.

Partos, enfermedades puerperales y de niños.—Retroversión del útero grávido.

Clínica Quirúrgica (mujeres.)—Laparotomía autiséptica

CLÍNICA QUIRÚRGICA (hombres.)-Traumatismo del cráneo.
CLÍNICA MÉDICA (mujeres.)—Ictería grave.
CLÍNICA MÉDICA (hombres.)—Cirrosis alcohólica del hígado.
CLÍNICA DE PARTOS —Mecanismo del parto en las pélvis viciosas.

Lima, Junio 4 de 1896.

EL SECRETARIO
M. C. Barrios.

V.º B.º
Vélez.

FÉ DE ERRATAS

Pág. 7, línea 24 dice *tubererculosis* y debe leerse: *tuberculosis.*
Pá . 10 línea 20 dice *los preñeces*, debe leerse: *las preñeces.*
Pág. 16 línea 27 dice *peritonneales*, debe leerse: *peritoneales,*
Id. id. línea 36 dice *es pues tal como* y debe leerse: *es pues tales como*
Pag. 17 línea 4 dice *la paortomia* y debe leerse: *la parotomia.*
Pág. 17 línea 11 dice *Contusion* y debe leerse: *Contusiones.*
Pág. 14 penúltima línea dice *desarrollo* y debe leerse: *ruptura.*

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA.

Decano	Sr. Dr. D. Leonardo Villar
Sub-Decano....	« « « Armando Velez
Secretario	« « « José Casimiro Ulloa
Pro Secretario.	« « « Manuel C. Barrios

Cated. titular de Anatomìa..................	Sr. Dr. D. Celso Bambaren
Id. id. de Fìsica Mèdica é Higiene	,, ,, ,, Martìn Dulanto
Id. id. de Historia Natural.........	,, ,, ,, Miguel F. Colunga
Id. id. de Quìmica Mèdica	,, ,, ,, José A. de los Rios
Id. id. de Anatomía General y Patológica	,, ,, ,, Julio Becerra
Id. id. de Farmacia	,, ,, ,, Manuel R. Artola
Id. id. de Patología General.......	,, ,, ,, José M. Quiroga
Id. id. de Terapéutica y Materia Mèdica	,, ,, ,, José C. Ulloa
Id. id. de Nosografìa Mèdica.......	,, ,, ,, Juan C. Castillo
Id. id. de Nosografía Quirùrgica.	,, ,, ,, Belisario Sosa
Id. id. de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria..	,, ,, ,, José M. Romero
Id. id. de Obstetricia, Enfermedades puerperales y de niños	,, ,, ,, Ramón Morales
Id. id. de Medicina Legal y Toxicologìa	,, ,, ,, Manuel C. Barrios
Id. id. de Oftalmologìa	,, ,, ,, Aurelio Alarco
Id. id. de Clìnica Interna..........	,, ,, ,, Leonardo Villar
Id. id. de id. id.	,, ,, ,, Armando Velez
Id. id. de id. Externa..........	,, ,, ,, J. Lino Alarco
Id. id. de id. id.	,, ,, ,, Julian Sandoval
Id. Principal interino de Fisiologìa	,, ,, ,, Antonio Perez Roca

